



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012/2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**Mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico  
de las personas mayores de 65 años polimedicados de Aragón.**

**Autor/a:** Beatriz Romanos Calvo

**Tutor/a:** Elena Altarribas Bolsa.

## ÍNDICE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. RESUMEN.....                      | 2  |
| 3. OBJETIVOS.....                    | 6  |
| 4. METODOLOGÍA.....                  | 7  |
| 4.1 Planificación del Proyecto ..... | 7  |
| 4.2 Bibliografía .....               | 8  |
| 4.3 Diseño de estudio .....          | 11 |
| 5. DESARROLLO.....                   | 12 |
| 5.1 PLANIFICAR .....                 | 12 |
| 5.2 DO (HACER).....                  | 19 |
| 5.3 CHECK (EVALUAR).....             | 20 |
| 5.4 ACT .....                        | 23 |
| 6. CONCLUSIONES.....                 | 23 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA.....                 | 24 |
| 8. ANEXOS.....                       | 28 |
| Anexo I:.....                        | 29 |
| Anexo II: .....                      | 31 |
| Anexo III: .....                     | 33 |
| Anexo IV: .....                      | 35 |
| Anexo V:.....                        | 37 |
| Anexo VI: .....                      | 40 |
| Anexo VII: .....                     | 42 |
| Anexo VIII:.....                     | 44 |
| Anexo IX: .....                      | 48 |
| Anexo X:.....                        | 50 |
| Anexo XI: .....                      | 53 |
| Anexo XII: .....                     | 55 |

## 1. RESUMEN

**Objetivos:** Existen cifras muy altas en la no adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores de 65 años. La literatura avala que la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente es una de las principales variables condicionantes para la comprensión de la enfermedad y de las instrucciones terapéuticas y mejorar la adherencia. Objetivos: Mejorar la adherencia en la población mayor de 65 años con polimedicación en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón, a través, de identificar en la literatura los factores relacionados con el profesional, paciente y entorno que interfieren en una óptima adherencia terapéutica farmacológica y de detectar las estrategias posibles para mejorar la adherencia.

**Metodología:** La metodología del trabajo está basada en el ciclo de Deming o ciclo "PDCA". Siendo el ámbito del estudio: Los EAP (Equipos de Atención Primaria) de la Comunidad de Aragón y los sujetos de estudio: Personas mayores de 65 años pluripatológicas y polimedicadas, que acuden a las consultas de Enfermería de sus correspondientes centros de salud de la Comunidad de Aragón.

**Conclusiones:** La educación para la salud llevada a cabo por el profesional de enfermería ayuda a modificar o controlar las variables dependientes de la persona y su conducta. Además, mediante un control y monitorización del problema se puede reducir considerablemente la no adherencia en la población mayor de 65 años polimedicada.

**Palabras clave:** Adherencia, ancianos, pacientes mayores de 65 años, polimedicados, enfermedades crónicas, enfermería, criterios STOPP-START, beers.

Adherence, medication, aids care, polipharmacy, patient compliance, nursing.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud de las personas. La efectividad del tratamiento depende principalmente del tipo de tratamiento prescrito y grado de cumplimiento.

La poca adherencia al tratamiento farmacológico es un problema internacional, que afecta especialmente a los regímenes terapéuticos de larga duración de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el asma, entre otras. Sus dos consecuencias directas son la disminución de los resultados en salud y el aumento de los costes sanitarios.<sup>1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14</sup>

Afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la presencia de deficiencias cognitivas funcionales, las múltiples comorbilidades y regímenes médicos, las alteraciones con la edad en la farmacocinética y farmacodinámica hacen que sea más vulnerable la población mayor de 65 años.<sup>2, 3, 8, 11, 12 13, 21</sup>

Según los autores López A, Saez P, Paniagua S y Tapia MA, explican que el envejecimiento de la población, entendida como la proporción de personas mayores de 65 años respecto al total de individuos, alcanzó en España en el año 2012 el 17 % con una esperanza de vida de 80 años.<sup>38</sup> En Aragón, con una población de mayores de 75 años que supera los 155000 habitantes presenta un porcentaje de población envejecida superior a la media nacional.<sup>2</sup>

Debemos distinguir dos conceptos que se utilizan como sinónimos pero que tienen claras diferencias. La literatura denomina *cumplimiento* al grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor. Implica al paciente un rol pasivo, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito.

*Adherencia* se define como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Resalta tanto la participación activa del paciente como la

responsabilidad del profesional para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.<sup>1, 3, 4, 5, 9, 13, 14, 16, 19, 21</sup>

Cuando hablamos de adherencia terapéutica incluye todos los cuidados de salud, desde la aplicación de cambios en el estilo de vida, asistencia a las consultas programadas hasta la toma correcta de medicamentos. Sin embargo, en este trabajo nos vamos a centrar específicamente en la farmacoterapia pues supone uno de los grandes problemas de Salud Pública actual, teniendo gran transcendencia en las personas de avanzada edad, tanto por el creciente envejecimiento de la población española como por tratarse del grupo etario que presenta mayor frecuencia y gran número de enfermedades crónicas, y, por tanto, plurimedicadas.<sup>1, 2, 6, 8, 9, 11, 12, 22, 23</sup>

Varias de las referencias bibliográficas revisadas coinciden en que existe un 20-50% de no adherencia en la población descrita.<sup>1, 19, 23</sup>

La complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia involucra factores asociados al paciente, enfermedad, ambiente, medicamento e interacción médico-paciente.<sup>1, 9, 12, 13, 19</sup>

La prevención y reconocimiento de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos en los pacientes de edad avanzada es uno de los principales retos para el sistema de atención a la salud, pues optimizando los tratamientos farmacológicos se mejora con ello la seguridad de los pacientes y la eficiencia en los tratamientos. Entendiendo como seguridad a la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria.<sup>24, 25</sup>

Existen diferentes herramientas para asegurar y valorar la adherencia al tratamiento en cada persona. La literatura describe que el seguimiento y revisión sistemática de la medicación prescrita (comprobando la eficacia del fármaco, la evolución de la enfermedad, posibles interacciones y efectos adversos, etc) es la mejor estrategia para reducir la prevalencia de casos de no adherencia en la población de ancianos mayores de 65 años polimedicados.<sup>1, 6, 8, 16, 22</sup>

Esta actuación se podrá lograr con la participación activa y coordinada de todos los profesionales que trabajan en el cuidado de las personas (médicos, enfermeros, farmacéuticos) para poder ofrecer soluciones a medida de cada caso individual. <sup>1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 25</sup>

Según la OMS (en 2004) “aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia terapéutica quizá tenga una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos”. <sup>13</sup>

Todas estas razones refuerzan la necesidad de optimizar las intervenciones a la adherencia terapéutica de los profesionales de la salud, especialmente los de enfermería, cuyo papel principal es la educación sanitaria para capacitar a las personas a adquirir hábitos y conductas para alcanzar una buena calidad de vida.

### **3. OBJETIVOS**

#### Objetivo

Mejorar la adherencia en la población mayor de 65 años con polimedicación en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Aragón.

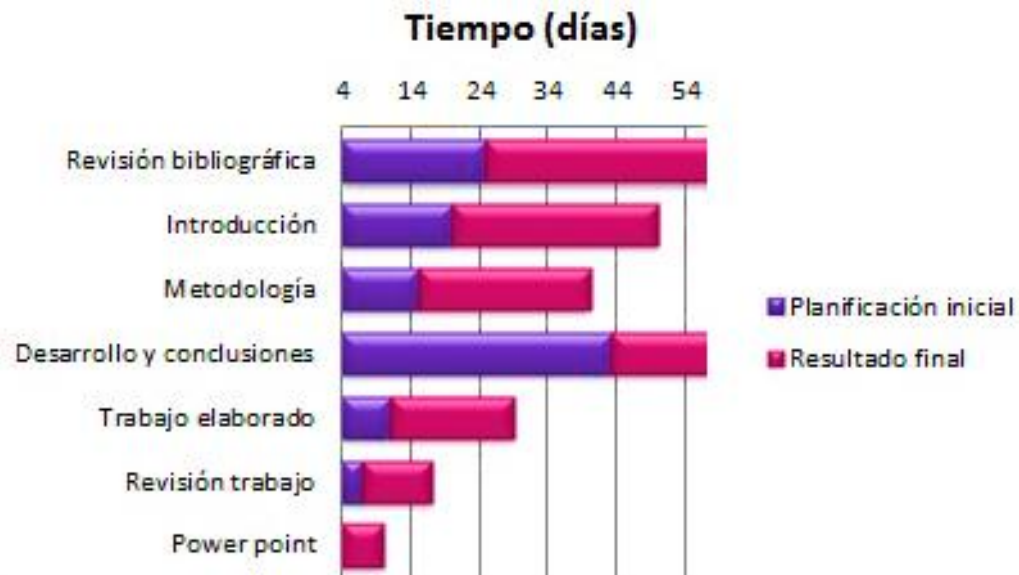
#### Objetivos específicos

1. Identificar a través de la literatura los factores relacionados con el profesional, paciente y entorno que interfieren en una óptima adherencia terapéutica farmacológica.
2. Detectar mediante la revisión bibliográfica las estrategias posibles para mejorar la adherencia.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Diagrama de Gantt:





## 4.2 BIBLIOGRAFÍA

| <b>Fuentes de datos</b>                                      | <b>Palabras clave</b>                     | <b>Lim. empleadas</b> | <b>Nº encontrados</b> | <b>Nº art utilizados</b> | <b>Bibliografía</b> |
|--|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Centro de Salud Garrapinillos.</b>                        |   | 2012                  | 1                     | 1                        | 17                  |
| <b>Biblioteca Unizar</b>                                     | Adherencia.<br>Enfermedades crónicas.     |                       | 1                     | 1                        | 31                  |
| <b>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</b> |   | 2011                  | 1                     | 1                        | 24                  |
| <b>Dialnet</b>   | Adherencia,<br>ancianos,<br>polimedicados | 2003-2013             | 12                    | 5                        | 3, 11, 13, 15, 20   |

|                            |  |  |     |    |   |
|----------------------------|--|--|-----|----|---|
| <b>Pubmed</b>              | Medicationadher<br>ence,<br>illnesschronically   | 2003-2013<br>Personas<br>mayores 65<br>años.                 | 31  | 2  | 25, 26  |
| <b>IME</b>                 | Adherencia,<br>cumplimientos,<br>polimedicados.  | 2003-2013<br>Ancianos  | 131 | 5  | 7, 9, 11, 20, 27  |
| <b>Google<br/>academic</b> | pacientes> 65<br>años<br>polimedicados,<br>adherencia,<br>atención<br>primaria,<br>enfermería.<br>OMS. | 2003-2013  | 173 | 12 | 4, 12, 13, 14, 15, 16, 18,<br>19, 20, 22, 23, 30              |
| <b>ScienceDirect</b>       | Adherencia,<br>anciano<br>polimedicado.<br>Criterios STOPP-<br>START.<br>Beers.                        | 2009-2013<br>Calidad<br>asistencial<br>Atención<br>primaria. | 30  | 17 | 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13,<br>20, 21, 22, 32, 33, 38, 39 |

|                |   |                                     |    |   |               |
|----------------|---|-------------------------------------|----|---|---------------|
| <b>MEDLINE</b> | Adherence and medication.<br>Public health.<br>Aids care.<br>Clinical therapeutics.<br>Polipharmacy.<br>Patient compliance. | 2004-2013<br>People: Older 65 years | 75 | 4 | 2, 27, 30, 35 |
|                | Medication, adherence, nursing.   |                                     | 50 | 1 | 10            |

### **4.3 DISEÑO DE ESTUDIO**

La metodología del trabajo está basada en el ciclo de Deming o ciclo "PDCA". Esta técnica se emplea, entre otras cosas, para garantizar la mejora continua de la calidad dentro de un servicio. Tiene como origen cualquier oportunidad de mejora detectada y se desarrolla siguiendo un ciclo de mejora continua, PDCA, Plan [planificar], Do [ejecutar], Check [evaluar], act [optimizar].

#### Ámbito:

Los EAP (Equipos de Atención Primaria) de la Comunidad de Aragón.

#### Sujetos de estudio:

Personas mayores de 65 años con patologías crónicas y polimedicados, que alcanzó en España un 17% en 2012, que acuden a las consultas de Enfermería de sus correspondientes centros de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.

#### Declaración de intereses:

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo de fin de carrera.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 PLANIFICAR

La planificación ocupa la primera etapa de todo proyecto de mejora. Durante este proceso se lleva a cabo la determinación de los objetivos que deseamos alcanzar, así como otros procesos tales como:

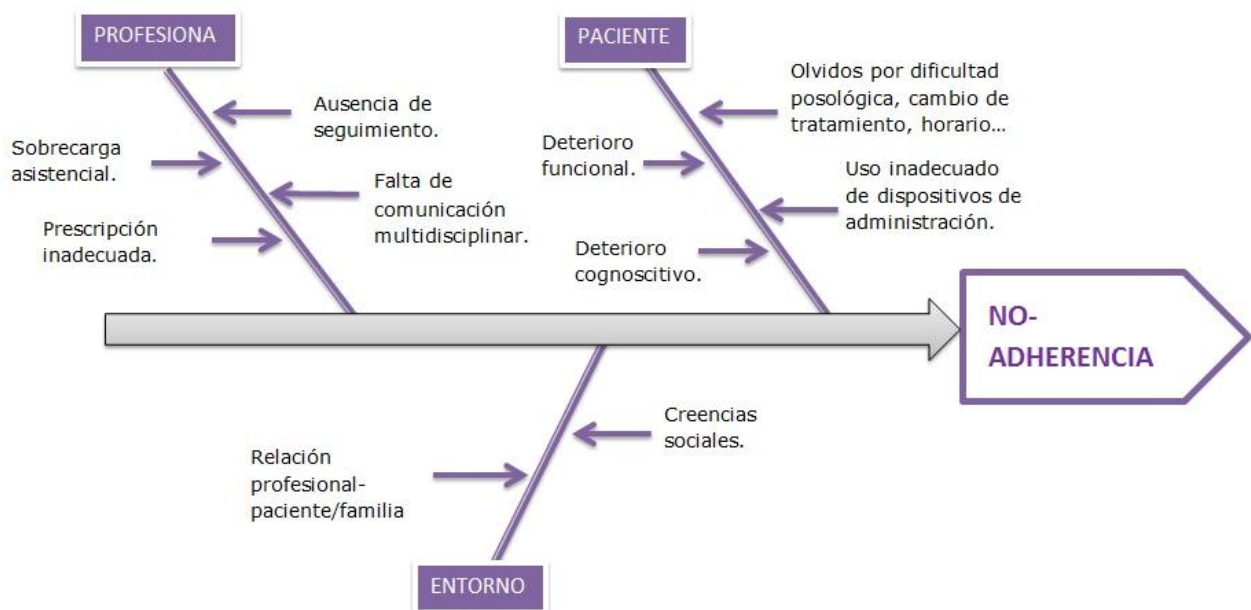
#### A. Definición del problema:

- ¿Cuál es el **problema** que se propone?
 

Escasa adherencia al tratamiento en la población mayor de 65 años con polimedicación de la Comunidad de Aragón
- ¿Cuáles son los **beneficios** que se esperan conseguir?
  - Beneficios para el *paciente*:
    - Control de las enfermedades.
    - Mejor calidad de vida.
  - Beneficios para la mejora de la *organización del trabajo*:
    - Reducir el número de ingresos hospitalarios.
    - Reducir la sobrecarga asistencial.
  - Beneficios para la *empresa*:
    - Garantizar mayor seguridad y confianza.

#### B. Análisis causal de problema:

##### DIAGRAMA DE ISHIKAWA:



### C. Desarrollo del problema:

Según la literatura, existen factores por parte del profesional de la salud y paciente que condicionan la adherencia terapéutica. Pues en ello se implican una diversidad de conductas y/o cambios de conducta por parte del paciente, que no sólo él debe afrontar, sino todo su entorno al que los profesionales de enfermería estamos sumados. Varios estudios demuestran que la no adherencia en mayores de 65 años polimedicados se deba también por la ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación. Este seguimiento debe ser constante para permitir la identificación precoz preferentemente antes del fallo terapéutico.<sup>3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 35</sup>

Atención Primaria (AP) es el primer nivel de atención donde se desarrollan actividades de prevención y promoción de la salud de orientación específica al paciente anciano, además de ser el centro sanitario que recibe tres veces más demanda asistencial que el resto de centros.

Con la herramienta informática, OMI-AP, instalada en los centros de AP, el profesional de enfermería incluye en los planes de cuidados de las personas mayores de 65 años polimedicadas *la Prevención en el Anciano*. (Anexo I)

Las intervenciones deben ser multidimensionales y necesitan de recordatorios para mantener la efectividad. Es por ello, que la valoración de las necesidades individuales de la persona sea el primer paso en las intervenciones de enfermería.<sup>11, 13, 17, 20, 19</sup>

Las fases para abordar y mejorar la adherencia al tratamiento desde el trabajo de enfermería que aparecen en la literatura:

#### 1. Análisis de los factores que determinan la adherencia.

La valoración geriátrica integral es un eje principal para identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados en el momento idóneo y evaluar los efectos terapéuticos que permitirán planificar la mejora de programas de Salud Pública.<sup>11, 18, 30</sup>

La valoración integral se basará en la siguiente anamnesis: (Anexo II)

- Valoración de los aspectos relacionados con el estado físico. (Anexo III)
- Valoración del grado de dependencia, test de Barber. (Anexo IV)
- Valoración funcional, test de Barthel (Anexo V)
- Valoración cognitiva, test de Pfeifer. (Anexo VI)
- Revisión estructurada de la medicación. (Anexo VIII)

Para la promoción de la adherencia terapéutica tendremos en cuenta esta valoración integral y trabajar con técnicas que enfaticen en ayudar a reducir la ansiedad, malestar emocional, sensación de indefensión y percepción de falta de control.

## 2. Aplicación de las estrategias para disminuir la no adherencia.

La primera tarea para reducir actitudes y conductas negativas será dar información y resolver dudas e inquietudes de la persona y su entorno familiar o comunitario

- Explicar claramente la enfermedad y los posibles tratamientos, con sus pros y contras
- Conocer qué espera el paciente de su tratamiento
- Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias
- Ayudar a tomar las decisiones (Anexo VII)
- Aceptar que:
  - el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos
  - el paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos
- Procurar que el paciente o cuidador tenga una lista actualizada de la medicación que toma, así como de alergias y efectos adversos. <sup>12, 15,</sup>

<sup>16, 19, 30</sup>

Los autores Crespillo E et al (2013) afirman que “la comprensión de la enfermedad por parte del enfermo es fundamental para entender y cumplir el tratamiento”. <sup>3</sup>

Según RosenStock existen unas “creencias de salud” que repercuten en la adherencia. Es por ello, que conociéndolas el profesional de enfermería podrá hacer más hincapié en aquello que considere importante en la educación para la salud <sup>16</sup>. Estas creencias son:

- La motivación para la salud: interés que tenga el paciente en recuperar su estado de salud.
- Vulnerabilidad percibida: los cambios de conducta de adherencia los llevarán a cabo cuando crean que pueden enfermar.
- Severidad percibida de la enfermedad: se adhieren cuando ven grave su enfermedad.
- Autoeficacia percibida: creencia sobre su capacidad para luchar.
- La utilidad de adherirse al tratamiento.
- Valor que el paciente le da a la salud.

3. Seguimiento mediante la selección de métodos para evaluar la no adherencia.

Existen varios métodos para medir la adherencia, que se clasifican en directos o explícitos, e indirectos o implícitos. Todos tienen sus ventajas e inconvenientes, aunque ninguno se considera de referencia.

Los métodos directos o explícitos consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, son caros y poco aplicables en Atención Primaria. Los métodos indirectos o implícitos son los más económicos, sencillos y prácticos para valorar el incumplimiento y el grado de control de la enfermedad. <sup>5, 13, 16, 20, 22</sup>

El profesional de enfermería llevará a cabo la valoración de la adherencia con tres tipos de cuestionarios:

- Valoración del grado de conocimiento.  
Comprobar si la medicación que aporta el paciente coincide con lo recogido en la historia clínica, sin haber ausencias o una prescripción inadecuada. Valorar si el paciente y cuidador principal conoce los medicamentos, indicación y posología. Se proporcionará en cada



consulta de seguimiento la información sobre la enfermedad y medicación. (Anexo VIII) <sup>17</sup>

- Valoración de la adherencia terapéutica, test de Morisky-Green-Levine. Pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica de su enfermedad. Además es útil para indagar sobre las razones de no adherencia.

Los resultados de varios estudios revisados demuestran la sobreestimación de adherencia mediante este cuestionario respecto al recuento de pastillas. Sin embargo, la combinación de varios métodos consiguen una mejora de la adherencia y control de la misma. (Anexo VIII) <sup>16, 17, 19</sup>

- Valoración de autocumplimiento de Haynes y Sacket (Anexo VIII) <sup>11, 16, 17, 19, 20</sup>

Según el grupo GEMECOR (2009), medir la adherencia de los ancianos mayores de 65 años polimedicados no debe depender únicamente de cuestionarios, que en general pueden sobrestimar el cumplimiento. Sino llevar a cabo los conocimientos enfermeros para detectar posibles razones del problema y otras estrategias, como el recuento de pastillas o el control mediante pastilleros. <sup>16</sup>

4. Detección del paciente no adherente y aplicación de nuevas estrategias junto con un equipo multidisciplinar (médicos y farmacéuticos).

Si hay detección de problemas en la adherencia al tratamiento se valorará en equipo con el profesional de medicina, ya que, como hemos dicho, se trata de un problema multidisciplinar. Siempre con una visión global de las necesidades y de manera central con la opinión y voluntad del paciente.

Otros elementos que han demostrado su aplicación práctica para reducir la polimedicación y escasa adherencia de los mayores de 65 años:

- La receta electrónica (anexo X) es un nuevo sistema de prescripción que permite la dispensación de medicamentos durante un máximo de un año a través de la tarjeta sanitaria, sin necesidad de acudir exclusivamente a por nuevas recetas a la consulta del médico o enfermera de Atención Primaria. Reduce los errores de prescripción, y

permite la conexión entre diferentes niveles asistenciales, los farmacéuticos, propiciando una mayor implicación en el seguimiento de los tratamientos con un trabajo multidisciplinar para mejorar la adherencia y reducir la gran demanda asistencial en los centros de salud. Además el paciente dispondrá de un plan de tratamiento más claro y completo, y el facultativo que prescribe podrá tener un conocimiento detallado de las dispensaciones.<sup>19</sup>

A finales del año 2012 entró en vigor esta estrategia en los diferentes centros de salud de Aragón.

- Historia electrónica compartida entre profesionales. Permite minimizar los errores o retrasos de comunicación entre los profesionales.<sup>16</sup>
- Los sistemas de dispensación personalizados, pastilleros reutilizables, son contenedores de plástico con siete compartimentos independientes señalados con los días de la semana.

Según el grupo GEMECOR (2009), haciendo uso del pastillero, se llevaron a cabo intervenciones activas y dinámicas para el paciente. El pastillero debía llevar escrito el nombre del paciente y en la hoja de control del tratamiento, el nombre de los medicamentos y horas de administración.<sup>16</sup>

Una innovación reciente es el dispositivo electrónico de monitoreo que incorpora a la tapa del envase (sistema de monitoreo del episodio de medicación, por su sigla en inglés MEMS) registrando la fecha y la hora cuando se abrió un envase de medicamento, y por ende describe mejor la manera en que los pacientes toman sus medicamentos<sup>9</sup>. Lamentablemente, el costo de estos dispositivos excluye su uso generalizado.<sup>13, 20</sup>

Reducir la no adherencia al tratamiento en la población mayor de 65 años con problemas de polimedicación comprende el trabajo en conjunto entre diferentes profesionales, el paciente y su cuidador principal.<sup>15</sup> (anexo XI)

Los profesionales de medicina son responsables de que exista una prescripción adecuada, es decir, que la indicación determinada de la misma tenga una evidencia clara que apoye su uso, sea bien tolerada y presente un perfil coste-efectividad favorable.<sup>6, 22</sup>

Aunque no existe un criterio que demuestre ser más eficaz, según la literatura, la combinación de diferentes criterios de valoración de la prescripción, situación y necesidades del paciente permite que la posología terapéutica sea adecuada.<sup>5, 33</sup>

Los autores Galván-Banqueri et al (2013) identificaron herramientas de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico, siendo el número de medidas explícitas mayor a las implícitas por tratarse de criterios objetivos y cuantificables. Las medidas implícitas más utilizadas son MAI y Hamdy, y las explícitas, criterios Beers, IPET, STOPP/START, ACOVE, CRIME y NORGEF. (Anexo IX)<sup>5, 22, 33</sup>

Por parte del gremio farmacéutico:

Se hace hincapié en toda la literatura revisada el gran papel de estos profesionales en la adherencia terapéutica. Son responsables también de reducir el número de medicamentos, aumentar el cumplimiento del paciente y prevenir reacciones adversas medicamentosas.

Ahora con la introducción de la receta electrónica en Aragón, habrá una gran implicación por parte de los farmacéuticos. (Anexo X)<sup>3</sup>

**5.2 DO (HACER)**

|                    | <b>Causas</b>  | <b>Medidas correctoras</b>  |
|--------------------|--|---|
| <b>Profesional</b> | Ausencia de seguimiento.   | Valoración integral del individuo y entorno, valoración de la adherencia al tratamiento (del grado de conocimiento, Morisky Green-Levine, de autocumplimiento de Haynes y Sacket). Adecuación de cuidados a las necesidades individuales. |
|                    | Sobrecarga asistencial.  | Receta electrónica.   |
|                    | Prescripción inadecuada.   | Criterios explícitos de prescripción: criterios Beers, STOPP-START, etc (anexo..)   |
|                    | Falta de comunicación multidisciplinar.                              | Aumentar conocimientos sobre la adherencia (proyecto de mejora).  |
| <b>Paciente</b>    | Deterioro cognoscitivo y/o funcional (alteraciones de visión...)     | Valoración integral por parte de enfermería y adecuación de los cuidados.   |
|                    | Olvidos por dificultad posológica, cambio de tratamiento, horario... | Valoración conjunta de enfermería y medicina, sistemas personalizados de dosificación (pastilleros) o dispositivos electrónicos.  |
|                    | Uso inadecuado de dispositivos de administración.                    | Promoción para la salud: información del medicamento y su uso.  |
| <b>Entorno</b>     | Creencias sociales   | Comunicación asertiva y educación para la salud: información sobre la enfermedad, medicación y efectos adversos. Participación activa del paciente en la toma de decisiones.<br>Refuerzo y apoyo social.                                  |
|                    | Relación p.profesional-paciente                                      | Educación para la salud: Claridad y calidad de las instrucciones, comunicación adecuada, tiempo para explicar.  |

### **5.3 CHECK (EVALUAR)**

Para evaluar la adherencia dos meses después de haber hecho una primera valoración del paciente con el test de Morisky Green y reforzar los conocimientos enseñados en las primeras consultas, se volverá de nuevo a valorar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante el método de Morisky Green, indicador de especial relevancia en la seguridad del paciente incorporado en el proceso de monitorización y seguimiento terapéutico.<sup>13</sup>

Además el proyecto será evaluado con dos indicadores permitiendo identificar y evaluar las intervenciones de los profesionales de enfermería de los centros de salud y los resultados obtenidos con estas, para identificar áreas de mejora en el equipo de salud.

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>1. Indicador: Pacientes mayores de 65 años polimedicados con seguimiento terapéutico del tratamiento farmacológico.</b>  |                                |
| <b>Dimensión:</b> Continuidad   |                                |
| <b>Descripción:</b>   |                                |
| <b>Numerador:</b> Nº de pacientes >65 años polimedicados con seguimiento terapéutico (según las necesidades individuales) <span style="float: right;">x 100</span>  |                                |
| <b>Denominador:</b> Total de pacientes >65 años polimedicados   |                                |
| <b>Aclaración de términos:</b>  |                                |
| <p>El seguimiento terapéutico consiste: en una valoración del paciente polimedicado mediante el cuestionario de MORISKY GREEN-LEVINE a los dos meses de la valoración integral del paciente.</p> <p>Adherencia: grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.</p> <p>Polimedicados: en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica.</p> |                                |
| <b>Justificación:</b>   |                                |
| <p>La mejor estrategia, en relación con la literatura, para alcanzar una adherencia terapéutica es la revisión sistemática y continuidad de cuidados en la población descrita. La comprensión de la enfermedad por parte del enfermo es fundamental para entender y cumplir el tratamiento.</p>   |                                |
| <b>Fuente:</b>  |                                |
| <p>Registro en OMI-AP en Planes Personales, prevención en el anciano, recogidas en distintos planes de cuidados (Valoración integral de factores psicológicos, funcionales y sociales), cuestionario de valoración del grado de conocimiento</p>  |                                |
| <b>Responsable de Recogida:</b>   | <b>Frecuencia de Recogida:</b> |
| Coordinadora del EAP  | Mensual                        |
| <b>Tipo de Indicador:</b> Proceso   |                                |
| <b>Estándar:</b>  |                                |
| Se marcarán tras la primera medición  |                                |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>2. Indicador: Cumplimentación de registros Paciente Polimedicado OMI-AP.</b>  |                                |
| <b>Dimensión:</b> Seguridad  |                                |
| <b>Descripción:</b>  |                                |
| <b>Numerador:</b> Nº de enfermeros del EAP "X" que cumplimentan los registros en el programa de "Polimedicado de Aragón" del OMI-AP <span style="float: right;">X100</span>  |                                |
| <b>Denominador:</b> Total de enfermeros del EAP "X"  |                                |
| <b>Aclaración de términos:</b>   |                                |
| <p>El programa de "Polimedicado de Aragón" aparece recogido en la historia de OMI-AP, Planes Personales, Servicio 316- Prevención en el anciano, recogidas en distintos planes de cuidados.</p> <p>Enfermería en las consultas de enfermería Comunitaria.</p>  |                                |
| <b>Justificación:</b>  |                                |
| <p>El profesional de enfermería juega un importante papel en la educación de cambios en la salud de las personas y cambios de conducta.</p> <p>La puesta en práctica de los diferentes cuestionarios de valoración de la adherencia ayuda a predecir y prevenir el problema y sus consecuencias.</p> <p>El registro de las acciones que realiza el profesional garantiza la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente</p> |                                |
| <b>Fuente:</b>   |                                |
| Registro en OMI-AP en Planes Personales, prevención en el anciano, recogidas en distintos planes de cuidados (Valoración integral de factores psicológicos, funcionales y sociales), cuestionario de valoración del grado de conocimiento  |                                |
| <b>Responsable de Recogida:</b>  | <b>Frecuencia de Recogida:</b> |
| Coordinadora del EAP   | Mensual                        |
| <b>Tipo de Indicador:</b> Proceso  |                                |
| <b>Estándar:</b> ( <i>Nivel de calidad</i> )   |                                |
| 80% (implantación mejora 2009)   |                                |

## **5.4 ACT**

Los profesionales de enfermería de cada centro de Salud de Aragón llevará a cabo las estrategias de mejora con su correspondiente registro en el programa informático OMI-AP.

## **6. CONCLUSIONES**

Según la bibliografía revisada, la población mayor de 65 años que consume más de 5 medicamentos al día presenta una mala adherencia al tratamiento farmacológico.

La educación para la salud llevada a cabo por el profesional de enfermería ayuda a modificar o controlar las variables dependientes de la persona y su conducta. Y, mediante un control y monitorización del problema, se puede reducir considerablemente la no adherencia en la población mayor de 65 años polimedicada, siendo necesario el trabajo multidisciplinar de los profesionales de salud.

Además, no existe un método demostrable que ayude a la mejora de la adherencia ya que depende de muchos factores. Haciendo uso de diversas herramientas (sistemas de dispensación individualizada, refuerzo en la educación para la salud, etc) los resultados de salud pueden ser positivos.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *RevEspCardiol*. 2012; 65(2): 10-16.
2. Marks JR; Schectman JM; Groninger H; Plews-Ogan ML. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Educ Couns*. 2010. 78 (3): 372-376.
3. Crespillo E , Rivas F, Contreras E , Castellano P , Suárez G , Pérez E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *RCA*. 2013; 28(1): 56-62.
4. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *GacSanit* . 2012; 26(1): 41-45.
5. Galván M, Santos B, Vega MD, Alfaro ER, Nieto MD, Pérez C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2013; 45 (1): 6-18.
6. Coll de Tuero G. Revisión de la medicación en ancianos polimedicados. *Aten Primaria*. 2012; 44(8): 461-462.
7. Pastor P, Ortiz de Urbina V, Pérez I, Quintana I, Moreno A, Martínez M. Implantación de un programa de mejora de la adherencia al tratamiento en personas mayores institucionalizadas. *FarmHosp*. 2007; 31(1): 106-111.
8. Díez-Cascón P, Sisó A. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. *Revista Española de Geriatria y gerontología*. 2009; 44(1): 3-9.
9. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6): 342-348.
10. Banning M. Older people and adherence with medication: a review of the literatura. *Int J NursStud*. 2008; 45(10):1550-61.
11. Fernández LC, Barón B, Vázquez B, Martínez T, Urendes JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *FarmHosp*. 2006; 30(5): 280-283.

- 12.Silva GE, Galeano E, Orlando J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no- adherencia. Acta Médica Colombiana. Colombia. 2005; 30(4): 268-273.
- 13.Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la Organización. Panamericana de la Salud/OPS.
- 14.Martínez F, Polop V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28(5): 113-120.
- 15.Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35(4): 114-123.
- 16.GEMECOR. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. Aten Primaria. 2009; 41(4): 185-191.
- 17.Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado. Servicio Aragonés de Salud 2012. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.
- 18.Pfizer group. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 2009. Available from: [www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/adherencia\\_tratamiento\\_cumplimiento\\_constancia\\_mejorar\\_calidad\\_vida.html](http://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/adherencia_tratamiento_cumplimiento_constancia_mejorar_calidad_vida.html). Actualizado 21 de feb de 2013
- 19.Infac. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Intranet Osakidetza. 2011. 19(1). Available from: <http://www.osakidetza.euskadi.net>. Actualizado 13 de feb de 2013.
- 20.Infac. Medicación en el anciano. Intranet Osakidetza. 2009. 17(6). Available from: <http://www.osakidetza.euskadi.net>. Actualizado 13 de feb de 2013.
- 21.Castellano P, Miranda A, Sojo G, Perea E, García JJ, Santos MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Enferm Clin. 2008; 18(3): 120-126.
22. Buitrago F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedicados. Aten Primaria. 2013; 45 (1): 19-20.
- 23.Cárdenas J, Mena JM, Cañada MA, Rodríguez D, Sánchez L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedicado en un área de atención primaria. RCA. 2009; 24 (1): 24-31.

24. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03\\_doc.htm](http://www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm)
25. Jornada A, Rolim C, Serrate S. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2).
26. Rasu RS, Sohraby R, Cunningham L, Knell ME. Assessing Chronic Pain Treatment Practices and Evaluating Adherence to Chronic Pain Clinical Guidelines in Outpatient Practices in the United States. *J Pain*. 2013.
27. Hüther J, von Wolff A, Stange D, Härter M, Baehr M, Dartsch DC, Kriston L. Incomplete medication adherence of chronically ill patients in German primary care. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7: 237-44.
28. Turabián JL, Pérez B. Aspectos no farmacológicos de las medicaciones. *Semergen*. 2011; 37 (5): 246-251.
29. Gadkari AS, Pedan A, Gowda N, McHorney CA. Survey nonresponders to a medication-beliefs survey have worse adherence and persistence to chronic medications compared with survey responders. *Med Care*. 2011; 49(10): 956-961.
30. Abizanda P, López J, Romero L, Sánchez PM, García I, Esquinas JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Aten Primaria*. 2012; 44(3): 162-171.
31. Martos MJ, Pozo C y Alonso E. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Relevancia del apoyo social. Ed Universidad de Almería. Almería, 2010.
32. Chia LR, Schlenk EA, Dunbar-Jacob J. Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs Aging*. 2006; 23 (3): 191-202.
33. Sánchez LA, Gine's A, Barbado J, Jimeno A. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers?. *Med Clin*. 2010; 135 (11): 529-530.
34. Sevilla D, Espauella J, de Andrés AM, Torres R, Soldevila M, Codina C. Medicación potencialmente inapropiada al ingreso en una unidad de

- media estancia según los criterios STOPP & START. SEGG. 2012; 47(4): 155-157.
- 35.López J, Seisdedos R, Ramos RM, Forja F, Márquez M. Implantación de un programa sistemático de revisión de prescripciones electrónicas. SEFAP. 2011; 9(2): 42-45.
- 36.Cubí R, Marqués A. Receta electrónica: ventajas e inconvenientes. FMC. 2011. 18(2): 69-72.
- 37.McHorney CA, Victor Spain C, Alexander CM, Simmons J.Validity of the adherence estimator in the prediction of 9-month persistence with medications prescribed for chronic diseases: a prospective analysis of data from pharmacy claims. Clin Ther. 2009; 31 (11): 2584-2607.
- 38.López A, Sáez P, Paniagua S, Tapia MA. Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. Farm Hosp. 2012; 36 (4): 268-274.
- 39.Receta electrónica: de la utopía a la realidad. Suárez-Varela J; Beltrán C; Molina T; Navarro P. Aten Primaria. 2005;35(9):451-6.

---

## **8. ANEXOS**

---

---

**Anexo I:**

Programa informático OMI-AP, prevención en el anciano <sup>17</sup>

---

Archivo Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

Actividades Pendientes - Ejemplo: JUAN (82 años)

Actividades realizadas por Médicos Enfermeras Todos

Últimos Valores

| 17/09/12<br>12:03 |  | Planes Personales                     | Nuevo valor |          |            |      | R | Realizar cada... |       |      |       |
|-------------------|--|---------------------------------------|-------------|----------|------------|------|---|------------------|-------|------|-------|
|                   |  | Actividades                           | Valor       | Episodio | Fecha Prev | Hora |   | Años             | Meses | Días | Horas |
|                   |  | 207-PREVENCIÓN C. ENDOMETRIO          |             |          |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 208-SANGR. POSTMEN. (SI/NO)           |             |          |            |      |   | 1                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 201-VACUNA ANTIGRIPEAL                |             |          |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 202-VACUNA ANTIGRIPE > 79 AÑOS        |             |          |            |      |   | 1                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 203-VACUNA ANTITETANICA               |             |          |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ADULTO TETANOS ESTADO YACUNAL      |             |          |            |      |   | 99               | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 204-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.       |             |          |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ADULTO ANT. PERS/FAM FRCV          |             |          |            |      |   | 99               | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ADULTO HÁBITOS TÓXICOS             |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ADULTO EXPLORACIÓN BÁSICA          |             |          |            |      |   | 1                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | 210-PREVENCIÓN EN EL ANCIANO          |             |          |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ANCIANO                            |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | AP-ADULTO TEST BARTHEL-PFIEFFER       |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-DEPEND. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR   |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PC-ANCIANO VALORACIÓN CLÍNICA/PLAN    |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | AP-REVISIÓN ESTRUCTURADA MEDICACIÓN   |             |          |            |      |   | 1                | 0     | 0    | 0     |
|                   |  | PCE- GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD/ANC |             |          |            |      |   | 2                | 0     | 0    | 0     |

**Anexo II:**

Escalas para una valoración integral según Villafaina A, Gavilán E <sup>15</sup>

---



**Tabla IV. Ejemplos de métodos y sistemas para la valoración sociofamiliar, psicológica y funcional de los pacientes ancianos polimedicados.**

**Situación funcional**

- Actividades instrumentales de la Vida Diaria: Escala de Lawton y Brody<sup>(24)</sup>.
- Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria: Barthel<sup>(25,26)</sup>.
- Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE-30)<sup>(27)</sup>.
- Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)<sup>(28)</sup>.

**Situación emocional**

- Escala de Depresión Geriátrica: Test de Yesavage<sup>(29)</sup>.
- Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad<sup>(30)</sup>.
- Cuestionario Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale<sup>(27)</sup>.

**Situación sociofamiliar**

- Percepción de la función familiar-Cuestionario Apgar familiar<sup>(31)</sup>.
- Riesgo Social: Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón<sup>(32)</sup>.
- Inventario de recursos sociales en ancianos<sup>(33)</sup>.
- Cuestionario Zarit (valora la sobrecarga del cuidador principal, quien con frecuencia, sustituye al paciente en la responsabilidad del tratamiento)<sup>(34)</sup>.

**Anexo III:**

Valoración funcional <sup>17</sup>

---

PC-ANCIANO ( 8/07/2011 ) - - POLIMEDICADO POLIMEDICADO,PACIENTE (80 Años)

ANAMNESIS-EXP | BARBER-CONSEJOS | COMENTARIOS | SALUD - Cartera de Servicios

ANAMNESIS

Vive con...

Incontinencia urinaria ☒ Sí ☐ No (N - 5/07/2011)

Discapacidad visual ☒ Sí ☐ No (N - 5/07/2011)

Discapacidad auditiva ☒ Sí ☐ No (S - 5/07/2011)

Problemas masticación ☒ Sí ☐ No (N - 5/07/2011)

Consumo de fármacos ☒ Sí ☐ No (S - 6/07/2011)

Compruebe que la pantalla "Prescripciones" de OMI está actualizada

Polimedicado (> 5 fármacos) ☒ Sí ☐ No (S - 6/07/2011)

Riesgo de caídas ☒ Sí ☐ No (N - 5/07/2011)

Ingresos hospitalarios ☒ Sí ☐ No


Número

Especifique motivos de caídas y/o ingresos hospitalarios

EXPLORACIÓN

Exploración bucodental

Tapones cerumen ☒ Sí ☐ No (N - 5/07/2011)

 ☒ Aceptar ☐ Cancelar

**Anexo IV:**

Test de Barber <sup>17</sup>

---

PC-ANCIANO ( 8/07/2011) - - POLIMEDICADO POLIMEDICADO,PACIENTE (80 Años)

ANAMNESIS-EXP BARBER-CONSEJOS COMENTARIOS

TEST DE BARBER

¿Vive sólo? ..... ☐ SI ☒ No

¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda? ..... ☐ SI ☒ No

¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente? ..... ☐ SI ☒ No

¿Necesita de alguien que le ayude a menudo? ..... ☐ SI ☒ No

¿Le impide su salud salir a la calle? ..... ☐ SI ☒ No

¿Sus problemas de salud le impiden valerse por sí mismo? ..... ☐ SI ☒ No

¿Tiene dificultades visuales para sus labores habituales? ..... ☐ SI ☒ No

¿Le supone mucha dificultad conversar porque oye mal? ..... ☐ SI ☒ No

¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año? ..... ☐ SI ☒ No

Número de respuestas afirmativas \* 0 (1 - 6/07/2011)

¿Es anciano de RIESGO? (puntuación >=1) ☐ SI ☒ No (5 - 5/07/2011)

CONSEJOS










☐ Consejo alimentación correcta

☐ Consejo ejercicio físico

☐ Consejo uso apropiado fármacos

☐ Consejo prevención accidentes domésticos

☐ Consejo higiene personal










☒ Aceptar ☐ Cancelar

**Anexo V:**

Test de Barthel <sup>17</sup>

---



AP-ADULTO TEST BARTHEL-PFEIFFER (12/07/2011) - - POLIMEDICADO POLIMEDICADO,P... ✖

VALORACIÓN FUNCIONAL | VALORACIÓN COGNITIVA | SALUD - Cartera de Servicios

VAL. FUNCIONAL DE BARTHEL

|               |                                |  |
|---------------|--------------------------------|--|
| ALIMENTACIÓN  | <input type="text" value="0"/> | Independiente=2. Con ayuda=1. Dependiente=0                  |
| BAÑO          | <input type="text" value="0"/> | Independiente=1. Dependiente=0                               |
| ASEO PERSONAL | <input type="text" value="0"/> | Independiente=1. Dependiente=0                               |
| VESTIDO       | <input type="text" value="0"/> | Independiente=2. Con ayuda=1. Dependiente=0                  |
| USO RETRETE   | <input type="text" value="0"/> | Independiente=2. Con ayuda=1. Dependiente=0                  |
| MICCIÓN       | <input type="text" value="0"/> | Continente=2. Incontinencia ocasional=1. Incontinente=0      |
| DEPOSICIÓN    | <input type="text" value="0"/> | Continente=2. Incontinencia ocasional=1. Incontinente=0      |
| DEAMBULACIÓN  | <input type="text" value="0"/> | Independiente=3. Mínima ayuda=2. Gran ayuda=1. Dependiente=0 |
| USO ESCALERAS | <input type="text" value="0"/> | Independiente=2. Con ayuda=1. Dependiente=0                  |
| SILLÓN-CAMA   | <input type="text" value="0"/> | Independiente=3. Mínima ayuda=2. Gran ayuda=1. Dependiente=0 |

TEST DE BARTHEL

GRADO DE INCAPACIDAD

INCAPACIDAD

|          |              |
|----------|--------------|
| Severa   | < 20 puntos  |
| Grave    | 20-35 puntos |
| Moderada | 40-55 puntos |
| Ligera   | > 60 puntos  |

Aceptar Cancelar

## Índice de Barthel

|  |
|--|
| <b>Comida</b><br>10. Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.<br>5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo<br>0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona   |
| <b>Aseo</b><br>5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.<br>0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.  |
| <b>Vestido</b><br>10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda<br>5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.<br>0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas   |
| <b>Arreglo</b><br>5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.<br>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda  |
| <b>Deposición</b><br>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.<br>5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.<br>0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.   |
| <b>Micción</b><br>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc)<br>5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos<br>0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse   |
| <b>Ir al retrete</b><br>10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.<br>5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.<br>0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor  |
| <b>Traslado cama /sillón</b><br>15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.  |
| 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.<br>5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.<br>0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.   |
| <b>Deambulaci3n</b><br>15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.<br>10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador<br>5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n<br>0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro |
| <b>Subir y bajar escaleras</b><br>10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona<br>5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.<br>0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor  |
| <b>Total:</b>  |

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

| Resultado       | Grado de dependencia |
|-----------------|----------------------|
| < 20            | Total                |
| 20-35           | Grave                |
| 40-55           | Moderado             |
| > o igual de 60 | Leve                 |
| 100             | Independiente        |



**Anexo VI:**

Test de Pfeiffer <sup>17</sup>

---

AP-ADULTO TEST BARTHEL-PFEIFFER (12/07/2011) - - POLIMEDICADO POLIMEDICADO,P... \_ □ X

VALORACIÓN FUNCIONAL VALORACIÓN COGNITIVA SALUD - Cartera de Servicios

**TEST DE PFEIFFER**

|  |                      |
|--|----------------------|
| 1- ¿Cuál es la fecha de hoy (día, mes, año)?           | <input type="text"/> |
| 2- ¿Qué día de la semana es hoy?                       | <input type="text"/> |
| 3- ¿Cuál es el nombre de este sitio?                   | <input type="text"/> |
| 4- ¿Cuál es su nº de teléfono (o su dirección)?        | <input type="text"/> |
| 5- ¿Qué edad tiene?                                    | <input type="text"/> |
| 6- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?                    | <input type="text"/> |
| 7- ¿Cómo se llama el presidente del Gobierno?          | <input type="text"/> |
| 8- ¿Cómo se llama el anterior presidente del Gobierno? | <input type="text"/> |
| 9- ¿Cuál es el primer apellido de su madre?            | <input type="text"/> |
| 10- Reste de 3 en 3 desde 20                           | <input type="text"/> |

TEST DE PFEIFFER

**INTERPRETACIÓN**

Puntúan los errores (1 punto por error).  
 Una puntuación igual o superior a 3 indica deterioro cognitivo ( $\geq 4$  si no sabe leer/escribir).  
 En este caso se derivará al paciente a consulta médica para valorar criterios de demencia.

## VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

### 1 Evaluación del estado cognitivo

#### Cuestionario portátil corto del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ)

Formular las preguntas de la 1 a la 10 de esta lista y anotar el número total de errores relativos a las 10 cuestiones

|    |  |
|----|--|
| 1  | ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?   |
| 2  | ¿Qué día de la semana es hoy?  |
| 3  | ¿En qué lugar estamos?<br><i>Vale cualquier descripción correcta del lugar</i>                           |
| 4  | ¿Cuál es su número de teléfono?<br><i>Si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?</i>           |
| 5  | ¿Cuántos años tiene?   |
| 6  | ¿Dónde nació?  |
| 7  | ¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno español?  |
| 8  | ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?  |
| 9  | ¿Cuál es/era el apellido de su madre?  |
| 10 | Reste de tres en tres desde 20 y siga hasta el final<br><i>Cualquier error hace errónea la respuesta</i> |

|            |              |                              |
|------------|--------------|------------------------------|
| Valoración | 0-2 errores  | Normal                       |
|            | 3-4 errores  | Deterioro cognitivo leve     |
|            | 5-7 errores  | Deterioro cognitivo moderado |
|            | 8-10 errores | Deterioro cognitivo severo   |

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite 1 error más para cada categoría
- Si el nivel educativo es alto (estudios universitarios) se admite 1 error menos

Reproducción autorizada por: Blackwell Science. Journal of The American Geriatrics Society; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Pfeiffer E. 1975; 23(10): 433-41

**Anexo VII:**

Participación activa del paciente en la toma de decisiones <sup>19</sup>

---

#### CÓMO AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES<sup>4</sup>

Es necesario que el profesional conozca la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento. Para ello, se recomienda:

- Explicar claramente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos, con sus pros y contras
- Conocer qué espera el paciente de su tratamiento
- Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias
- Ayudar al paciente a tomar las decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios
- Aceptar que:
  - el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos
  - el paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos
- Procurar que el paciente o cuidador tenga una lista actualizada de la medicación que toma (incluyendo la de dispensación sin receta), así como de alergias y efectos adversos

Si el paciente decide no tomar la medicación o dejar de tomarla, y esto se considera perjudicial para él, se debe hacer registro en la historia clínica de esta decisión y de la información sobre riesgos y beneficios que se le ha facilitado.

**Anexo VIII:**

Evaluación estructurada de la adherencia: Morisky Green Levine y cuestionario de autocumplimiento.<sup>17, 19</sup>

---



**AP-REVISIÓN ESTRUCTURADA MEDICACIÓN (31/10/2012) - DESPLAZADO (Edad 40 años)**

VAL. ADHERENCIA | VAL. CONCORDANCIA | **REVISIÓN CLÍNICA** | COMENTARIOS | SALUD - Cartera de Servicios

**REVISIÓN DE LA INDICACIÓN**

¿Se retira algún medicamento no indicado? ☒ Sí ☐ No ¿Cuáles?

¿Se inicia algún tratamiento para indicaciones no tratadas? ☒ Sí ☐ No ¿Cuáles?

**REVISIÓN EFICACIA Y SEGURIDAD**

¿Se detecta algún problema de eficacia/seguridad relacionado con los medicamentos? ☒ Sí ☐ No

| ACCIONES DERIVADAS                           | ¿CUÁLES?             | EFICACIA                 | SEGURIDAD                |
|--|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se retiran medicamentos:                     | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sustituyen medicamentos:                  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se añade un medicamento:                     | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se modifica la pauta de tratamiento:         | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se establecen nuevas medidas de seguimiento: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se inicia tratamiento para paliar el efecto: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ejemplo: JUAN (82 años)

Actividades realizadas por

Médicos

Enfermeras

Todos

Ultimos Valores

|  |  | 17/09/12<br>12:03 | Planes Personales<br>Actividades     | Valor | Nuevo valor<br>Episodio | Fecha Prev | Hora | R | Realizar cada... |       |      |       |
|--|--|-------------------|--------------------------------------|-------|-------------------------|------------|------|---|------------------|-------|------|-------|
|  |  |                   |                                      |       |                         |            |      |   | Años             | Meses | Días | Horas |
|  |  |                   | 207-PREVENCIÓN C. ENDOMETRIO         |       |                         |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | 301-SANGR. POSTMEN. (S/NO)           |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 1                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | 301-VACUNA ANTIGRIPEAL               |       |                         |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | [GRI-4]-GRIPE > 79 AÑOS              |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 1                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | 302-VACUNA ANTITETÁNICA              |       |                         |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ADULTO TETANOS ESTADO VACUNAL     |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 99               | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | 304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.      |       |                         |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ADULTO ANT. PERS/FAM PRCV         |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 99               | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ADULTO HÁBITOS TÓXICOS            |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 2                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ADULTO EXPLORACIÓN BÁSICA         |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 1                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | 316-ASESORAMIENTOS AL PACIENTE       |       |                         |            |      |   | 0                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ANCIANO                           |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2014 |      | A | 2                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | AP-ADULTO TEST BARTHEL-PFEIFFER      |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 2                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-DEPEND. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR  |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 2                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PC-ANCIANO VALORACIÓN CLÍNICA/PLAN   |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | A | 2                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | AP-REVISIÓN ESTRUCTURADA MEDICACIÓN  |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2013 |      | A | 1                | 0     | 0    | 0     |
|  |  |                   | PCE-GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD/AVC |       | PREVENCIÓN              | 17/09/2012 | 0:00 | E | 2                | 0     | 0    | 0     |

AP-REVISIÓN ESTRUCTURADA MEDICACIÓN (14/09/2012) - DESPLAZADO (Edad 40 años)

VAL. ADHERENCIA | VAL. CONCORDANCIA | REVISIÓN CLÍNICA | COMENTARIOS | SALUD - Cartera de Servicios

**TEST de MORISKY-GREEN-LEVINE**

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? ☐ Sí ☐ No (Adec.=No)
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? ☐ Sí ☐ No (Adec.=Sí)
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? ☐ Sí ☐ No (Adec.=No)
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? ☐ Sí ☐ No (Adec.=No)

**VALORACIÓN**

Para considerar un buen cumplimiento, la respuesta de TODAS las preguntas debe ser ADECUADA.

- Valoración global de la adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green-Levine)

- Causa principal de mala adherencia al tratamiento

- Nivel de ayuda que se recomienda para mejorar la adherencia ☐ Información individualizada ☐ Sistema Personalizado Dosificación (SPD)

Aceptar Cancelar

Tabla 1. Algunos métodos indirectos de entrevista personalizada para la valoración de la adherencia<sup>5</sup>

#### Test de Morisky-Green

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

#### Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de «cumplimiento autocomunicado». Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos



**AP-REVISIÓN ESTRUCTURADA MEDICACIÓN (14/09/2012) - DESPLAZADO (Edad 40 años)**

VAL. ADHERENCIA VAL. CONCORDANCIA **REVISIÓN CLÍNICA** COMENTARIOS SALUD - Cartera de Servicios

VALORACIÓN GLOBAL

- ¿El paciente aporta medicamentos no recogidos en la historia clínica? ☐ Sí ☐ No

- ¿El paciente tiene medicamentos recogidos en la historia clínica que no esté tomando? ☐ Sí ☐ No

- Adecuación de los fármacos a la historia clínica ☐ Sí ☐ No



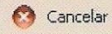
- Problemas en la revisión del uso de los medicamentos ☒ Sí ☐ No

☐ Duplicidad terapéutica ☐ Fármacos caducados

☐ N° elevado envases mismo fármaco ☐ Fármacos innecesarios

☐ Sospecha de R. A. M. ☐ Otros:

- Derivación a consulta médica ☐ Sí ☐ No



**Anexo IX:**

Diferentes criterios que utiliza medicina para evaluar la prescripción. <sup>22</sup>

---

**Tabla 2** Resumen de las herramientas para la adecuación identificadas

| Herramientas   | Origen  | Características  | Validación  | Ventajas  | Inconvenientes  |
|--|---------|--|---|---|---|
| <i>Cuestionarios para la adecuación</i><br>Cuestionario Medication Appropriateness Index (MAI) <sup>18</sup> | EE. UU. | Consiste en 10 criterios implícitos en la prescripción (respuestas según escala Likert de 3 puntos)              | Ha sido validado en pacientes crónicos ancianos en el ámbito hospitalario y en pacientes ambulatorios           | Evalúa el tratamiento en sí mismo tomando en consideración todas las características del paciente   | Requiere mucho tiempo para su aplicación  |
| Cuestionario Hamdy <sup>31</sup>   | EE. UU. | Consta de 5 preguntas dicotómicas (sí o no)  | No está validado en trabajos posteriores  | Ha demostrado reducir la prevalencia de la polifarmacia, e incidir en los hábitos de prescripción de los facultativos, así como reducir las interacciones potenciales y el coste global del tratamiento                                 | No evalúa la adecuación del tratamiento farmacológico en sí   |
| <i>Listas de criterios para la adecuación</i><br>Criterios BEERS <sup>41</sup>                               | EE. UU. | Están constituidos esencialmente por una lista de 30 fármacos que deberían ser evitados en pacientes geriátricos | Han sido validados en numerosas poblaciones de distinto ámbito geográfico y de diferentes niveles asistenciales | Hasta ahora han sido los más ampliamente utilizados. Requieren poco tiempo para su aplicación, ya que consisten en una lista de fármacos que se deben evitar  | Incluyen fármacos que no están completamente contraindicados y fármacos ya retirados del mercado europeo, son independientes de los diagnósticos del paciente y no están agrupados por sistemas |
| Criterios IPET <sup>46</sup>   | Canadá  | Consisten en 14 errores de prescripción más frecuentes en pacientes ancianos                                     | Han sido validados en pacientes ancianos en el ámbito hospitalario  | Valoran la adecuación de los fármacos en el contexto de enfermedades concretas  | No han sido muy utilizados fuera de Canadá  |
| Criterios STOPP/START <sup>49</sup>  | Irlanda | Consta de 2 grupos de criterios: STOPP (65) y START (22) organizados por sistemas fisiológicos                   | Ha sido validado en pacientes ancianos en el ámbito ambulatorio   | Aportan el valor añadido de detectar no solo la prescripción inadecuada por determinados fármacos, sino también por falta de prescripción de medicamentos indicados. Además van asociados al diagnóstico y están agrupados por sistemas | Están basados en evidencias para enfermedades aisladas, que a veces son difíciles de trasladar a pacientes con múltiples comorbilidades   |

Tabla 2 (Continuación)

| Herramientas                  | Origen  | Características  | Validación   | Ventajas  | Inconvenientes  |
|-------------------------------|---------|--|--|---|---|
| Criterios ACOVE <sup>56</sup> | EE. UU. | Consisten en 22 indicadores de calidad   | Ha sido validado en pacientes ancianos en el ámbito hospitalario | Hacen una valoración integral del cuidado al anciano, no centrándose exclusivamente en el tratamiento farmacológico y buscando una mejora en la calidad asistencial | Contiene sólo un 29% de indicadores sobre el tratamiento, por lo que su utilidad en el contexto de mejora en la adecuación del tratamiento farmacológico sería más cuestionable |
| Criterios CRIME <sup>58</sup> | Italia  | Derivan de un proyecto cuyo objetivo es el de emitir recomendaciones en pacientes ancianos complejos en función de las guías de práctica clínica | No están validados en trabajos posteriores                       | —   | Desarrollados para una población específica. Evidencia escasa   |
| Criterios NORGE <sup>59</sup> | Noruega | Constan de 36 posibles criterios de fármacos, dosis de fármacos y combinaciones que deben ser evitados en pacientes ancianos                     | No están validados en trabajos posteriores                       | —   | Desarrollados para una población específica. Evidencia escasa   |

**Anexo X:**

Ejemplo de receta electrónica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y en la Comunidad de Aragón. <sup>39</sup>

---

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD**Receta médica**

ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL

**USUARIO** (nombre, apellidos, año de nacimiento y n.º de identificación)

Juan Suárez-Varela Úbeda, 1953, 600471052209

| PRESCRIPCIONES  |          |  | POSOLOGÍA         |                    | Duración del tratamiento (días) | Fecha prevista fin del tratamiento |
|---|----------|--|-------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Consigne el producto, en caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y número de unidades |          |  | Unidades por toma | Periodo entre toma |                                 |                                    |
| 1   | AAD15210 | 553926 Paracetamol 1 g, 8 comprimidos efervescente | 1                 | 6 horas            | 2                               | 29/07/2004                         |
| 2   |          |  |                   |                    |                                 |                                    |
| 3   |          |  |                   |                    |                                 |                                    |
| 4   |          |  |                   |                    |                                 |                                    |
| 5   |          |  |                   |                    |                                 |                                    |

**ADVERTENCIAS AL FARMACÉUTICO** (si procede)**MÉDICO** (datos de identificación)Juan Suárez-Varela Úbeda  
00006119383**FIRMA DEL MÉDICO**

2170220004721541715

**FECHA DE PRESCRIPCIÓN**

27/07/2004

**JUICIO DIAGNÓSTICO** (si procede)**INSTRUCCIONES AL USUARIO**

No válida con enmiendas o tachaduras

Esta receta tiene validez exclusivamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía

(NÚMERO DE LA RECETA)  
213192355

## HOJA DE TRATAMIENTO



03 mayo 2013

Número de Orden: \_\_\_\_\_

## Datos del paciente

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

CIA: \_\_\_\_\_



## Datos del Médico

Médico: \_\_\_\_\_

Cías: \_\_\_\_\_

Nº Colegiado: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL TRATAMIENTO

| Producto  |   |      | Inicio Tratamiento | Posología |         |       | Durac. tratam. Días | Revisión   |
|---|---|------|--------------------|-----------|---------|-------|---------------------|------------|
| Código  | Denominación e indicaciones   | Tipo |                    | Cant      | Periodo | Int.  |                     |            |
| 725150  | ACUPREL 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS   | Cró. | 19/04/2013         | 1         | 24      | horas | 365                 | 18/04/2014 |
| 655967  | IDEOS UNIDIA 1000MG/880UI 30 SOBR GRANULADO EFERVE  | Cró. | 19/04/2013         | 1         | 24      | horas | 365                 | 18/04/2014 |
| 704783  | AMERIDE 5/50MG 60 COMPRIMIDOS   | Cró. | 19/04/2013         | 1         | 24      | horas | 365                 | 18/04/2014 |
| 978114  | EMCONCOR 10MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  | Cró. | 19/04/2013         | 1         | 24      | horas | 365                 | 18/04/2014 |
| 650578  | ULCERAL 20MG 28 CAPSULAS<br>Tome 1 cápsula por la mañana, al levantarse, con el estómago vacío. ORAL. | Cró. | 03/05/2013         | 1         | 1       | día/s | 365                 | 02/05/2014 |
| <p>- EN CASO DE PÉRDIDA O DETERIORO, SOLICITE UNA COPIA EN SU CENTRO DE SALUD.</p> <p>- CADA VEZ QUE SE LE PRESCIBA UN NUEVO PRODUCTO TIENE DIEZ DÍAS PARA RETIRAR EN LA FARMACIA EL PRIMER ENVASE. UNA VEZ RETIRADO EL PRIMER ENVASE, PUEDE VOLVER A CUALQUIER FARMACIA CUANDO LE QUEDEN UNOS 5 DÍAS PARA LA FINALIZACIÓN DEL MISMO.</p> <p>- ESTA HOJA DE TRATAMIENTO ES VÁLIDA, HASTA LA FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE TODOS LOS MEDICAMENTOS CONTENIDOS EN ELLA O HASTA LA EMISIÓN DE UNA NUEVA HOJA DE TRATAMIENTO QUE LA SUSTITUYA.</p> |   |      |                    |           |         |       |                     |            |
|   |   |      | Número de Orden:   | CIA:      |         |       |                     |            |
|   |   |      | Número de Orden:   | CIA:      |         |       |                     |            |

**Anexo XI:**

Intervenciones multidisciplinarias. <sup>15</sup>

---

**Médico de Familia:** Coordinando y controlando el conjunto de medicamentos prescritos.

**Geriatras, médicos de urgencias y de segundo nivel asistencial:** Proporcionando instrucciones claras respecto al tratamiento pautado y teniendo en cuenta todos los medicamentos que el paciente está tomando.

**Farmacéuticos:** Mediante procesos de revisión del tratamiento, seguimiento farmacoterapéutico, dispensación activa e información y educación en el medicamento dirigidos a los pacientes y al resto de los profesionales.

**Enfermería:** Mediante tareas de educación para la salud, instruyendo sobre la administración y detectado discrepancias y distintos problemas relacionados con el tratamiento.

**Trabajador social:** Estableciendo un diagnóstico y plan de intervención social que ayude a un mejor cumplimiento terapéutico y a evitar problemas con el tratamiento pautado.

**Auxiliares de ayuda a domicilio y cuidadores:** Encargándose de preparar y administrar la medicación al paciente.

**El paciente:** Implicándose en la medida de lo posible en su tratamiento y en sus procesos de enfermedad.

**Anexo XII:**

Estrategias para proyecto de mejora de la adherencia al tratamiento. <sup>9</sup>

---



